

TABLA 1. Comparación entre los criterios del Adult Treatment Panel III (ATP-III) y la definición de la International Diabetes Federation (IDF)

		ATP-III	ATP-III
		+	-
IDF	+	142	37
IDF	-	3	53
Valor del IDF frente a los criterios de referencia ATP-III			
S = 98% (96-100%)			
E = 59% (49-69%)			
VPP = 79% (73-85%)			
VPN = 95% (89-100%)			
Eficacia = 83% (78-88%)			
Índice de kappa: 0,61 (0,5-0,72); p < 0,001			

E: especificidad; S: sensibilidad; P: nivel de significación del índice Kappa; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo.

rios de la IDF puede diagnosticarse el SM en los pacientes atendidos en el programa de adultos de atención primaria, que presentan obesidad y/o hipertensión, hipercolesterolemia y/o diabetes. Su empleo estaría justificado cuando la intervención pueda mejorar el pronóstico de la enfermedad, mediante la reducción de los factores de riesgo con el empleo de medidas de prevención primaria (seguimiento de la dieta y el ejercicio físico) y la intensificación del tratamiento individual de cada uno de ellos. La sensibilidad y la concordancia entre los 2 criterios diagnósticos estudiados ha sido aceptable, pero el índice de kappa y los valores predictivos pueden estar influidos por la elevada prevalencia del SM.

Felipe Ferre Larrosa^a,
Sonia Gutiérrez Gabriel^b
y Elías Fernández Herráez^c

^aMedicina Familiar y Comunitaria. EAP de Torre Pacheco. Murcia. España. ^bMedicina Familiar y Comunitaria. Hospital Los Arcos. San Javier. Murcia. España. ^cDirección General de Ordenación, Acreditación e Inspección Sanitaria. Consejería de Sanidad de Murcia. España.

- International Diabetes Federation. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. Disponible en: www.idf.org
- Ford ES. Prevalence of the metabolic syndrome defined by the International Diabetes Federation among adults in the US. *Diabetes Care*. 2005;28:2745-9.
- Athyros VG, Ganotakis ES, Elisaf M, Mikhailidis DP. The prevalence of the metabolic syndrome using the National Cholesterol Educational Program and International Diabetes Federation definitions. *Curr Med Res Opin*. 2005;21:1157-9.
- Martínez-Larrad MT, Fernández C, González JL, López A, Fernández A, Riviriego J, et al. Prevalencia del síndrome metabólico (criterios del ATP III). Estudio de base poblacional en áreas rural y urbana de la provincia de Segovia. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:481-6.
- Álvarez A, López V, Suárez S, Arias T, Prieto MA, Díaz L. Diferencias en la prevalencia del síndrome metabólico según las definiciones del ATP-III y la OMS. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:368-70.

Influencia de la edad y el sexo en la información del paciente en fase terminal

Este estudio se presentó como Comunicación en el XXV Congreso Nacional de

Palabras clave: Paciente terminal. Información al paciente. Edad. Sexo.

semFYC. Santiago de Compostela, 2005.

Introducción. La revelación de la gravedad del diagnóstico a los pacientes afectados de enfermedades potencialmente mortales suscita opiniones encontradas al respecto. Diversos estudios han analizado las opiniones que sobre este tema tienen los pacientes no afectados de enfermedades terminales^{1,2}. En ellos suele haber predominio de personas que afirman que desearían conocer su situación si presentasen una enfermedad incurable, aunque se ha investigado menos el conocimiento real de la situación entre los pacientes terminales.

Objetivo. Determinar si la edad o el sexo influyen en el conocimiento que de su situación médica tienen los pacientes terminales.

Diseño. Estudio descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Siete consultas de atención primaria rural en la provincia de Ourense.

Participantes. Se incluyó a todos los pacientes fallecidos entre 2000 y 2004, atendidos en dichas consultas, y que fueron considerados como pacientes terminales (afectados de una enfermedad incurable y con una esperanza de vida < 6 meses) por sus médicos de cabecera. Se estudiaron 92 casos, de los que 7 se excluyeron por presentar demencia.

Mediciones principales. Cada facultativo analizó las historias clínicas de sus pacientes. Se determinaron la edad en el momento del fallecimiento, el sexo, la causa y el lugar de la muerte, y el conocimiento por parte del paciente de su situación clínica.

Resultados. Se estudiaron 85 casos, de los que 47 (55,3%) eran varones. La edad media al fallecimiento era de 80,2 ± 12,1 años, 78,0 ± 11,8 en los varones y 82,8 ± 12,0 en las mujeres.

Las principales causas de muerte fueron enfermedades cardiovasculares (43%) y enfermedades neoplásicas (20,5%). El 77,4% de las muertes se produjo en el domicilio, y entre los varones la muerte fue más frecuente en el hospital (p = 0,03).

Tenían un conocimiento veraz de su situación médica 34 casos (40%), sin que se encontraran diferencias significativas en función del sexo, aunque esta información era más frecuente entre los pacientes más jóvenes.

- Expert Panel on the Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults: Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001;285:2486-97.

nes (intervalo de confianza IC del 95%, de la diferencia de edades, -15,1 a -5,1; $p = 0,005$).

Discusión y conclusiones. En nuestro país, estudios realizados sobre enfermos oncológicos mostraban porcentajes de pacientes que conocían de una manera u otra su enfermedad que oscilaban entre un 19 y un 70%^{3,4}, cifras entre las que se situaría la encontrada en éste. Igualmente, la relación entre menor edad y mayor conocimiento de su diagnóstico ya fue apreciada en pacientes oncológicos, lo mismo que el hecho de un mayor conocimiento entre los varones⁵ que no se ha comprobado en este estudio.

A pesar de que, como algún autor señala³, una buena parte de los pacientes no desea conocer su diagnóstico, sería interesante comprobar si hay diferencias en la oferta de información que se proporciona a los ancianos frente a los pacientes más jóvenes. Qui-

zá la postura correcta sería considerar los deseos de los enfermos y no los de los familiares o el médico a la hora de decidir cuánto y cuándo debe ser informado el paciente de su situación. Que el médico dispusiera de esa información previamente al diagnóstico sería tan importante como un consentimiento para donar órganos⁶, y debería figurar en la historia clínica de cada ciudadano.

**Gerardo Palmeiro Fernández^a,
Mónica González Dacosta^b, Susana
Álvarez Araújo^c y Gabriel
J. Díaz Grávalos^b**

^aCentro de Salud Rubiá. Ourense. España.

^bCentro de Salud Cea. Ourense. España.

^cCentro de Salud Maceda. Ourense. España.

1. Fernández Suárez A, Fernández Álvarez T, Alonso Arruquero C, Marcilla Escoter M, Cortina Vesca A, Conde Rodríguez M

et al. Actitud de los usuarios de centro de salud ante el diagnóstico de enfermedad terminal. *Aten Primaria*. 2002;30:449-54.

2. Rubio Arribas V, Sanpedro Martínez E, Zapirain Sarasola M, Gil Benito I, Aye-chu Redin S, Tapiz Ibáñez V. Diagnóstico: cáncer. ¿Queremos conocer la verdad? *Aten Primaria*. 2004;33:368-73.
3. Centeno Cortés C, Núñez Olarte JM. Estudios sobre la comunicación del diagnóstico de cáncer en España. *Med Clin (Barc)*. 1998;110:744-50.
4. Belderrain Belderrain P, García Busto E, Castañón Quiñones E. Atención sanitaria y comunicación con el enfermo oncológico en situación terminal y su familia en un área de salud. *Aten Primaria*. 1999;24:285-8.
5. Centeno Cortés C, Núñez Olarte JM. Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients' responses. *Palliat Med*. 1994;8:39-44.
6. Editorial. What do patients really want to know? *QJ Med*. 2002;95:135-6.